

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

606

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1898, à 9 heures

PAR

Jean B. SANTELLI

Né à Corte (Corse) le 1^{er} janvier 1874
Ancien interne des hôpitaux de Besançon

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PYOHÉMIES CRYPTOGENÉTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.

JALAGUIER et POIRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

606

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1898, à 9 heures

PAR

Jean B. SANTELLI

Né à Corte (Corse) le 1^{er} janvier 1874

Ancien interne des hôpitaux de Besançon

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PYOHÉMIES CRYPTOGENÉTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.

JALAGUIER et POIRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	ZACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	REITERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIÉ.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, à ma Mère

Témoignage de ma profonde affection

A mes Sœurs

A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Tillaux

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A mes Maîtres

De l'Ecole de médecine de Besançon et de la Faculté de Paris

PRÉFACE

A côté des pyohémies chirurgicales et obstétricales, existent des pyohémies sans cause apparente, sans porte d'entrée connue et, qu'avec Leube et Dennig, nous nommerons pyohémies cryptogénétiques.

Nous n'avons pas la prétention d'en faire une étude complète ; nous voudrions simplement attirer l'attention sur leur étiologie et leur pathogénie.

Nous sommes heureux, en outre, d'apporter une observation de pyohémie cryptogénétique, à streptocoque et staphylocoque, traitée par le sérum de Marmorek. Ce sérum, nous semble avoir eu une action heureuse, puisque après quelques injections le streptocoque avait disparu du pus.

C'est à M. Isch-Wall que nous devons l'idée de ce travail et c'est grâce à son obligeance, que nous avons pu recueillir, notre observation, à la hâte. Ses conseils nous ont été précieux, aussi, nous sommes heureux de lui adresser nos meilleurs remerciements.

Que M. Godchaud reçoive ici l'hommage de notre

reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé et pour l'intérêt qu'il ne cesse de nous porter.

Nous conservons le meilleur souvenir de nos maîtres de l'Ecole de Besançon et surtout de M. le Professeur Chapoy, dont nous avons pu apprécier la science et la bonté, pendant notre internat à l'hôpital Saint-Jacques.

Nous ne saurons oublier, nos maîtres de la Faculté de Paris parmi lesquels hélas ! nous n'avons fait que passer.

M. le professeur Tillaux a droit à notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.



CHAPITRE PREMIER

Historique

Tandis qu'on trouve aux différentes époques, des travaux fort nombreux et importants sur l'infection purulente et les abcès métastatiques d'origine chirurgicale, on ne trouve sur l'infection dite spontanée que de rares documents.

Les anciens ne concevaient guère la pyohémie sans plaie exposée. C'est probablement Boerhavee qui en fut le premier, mention en 1737. En 1780, Berthelot rapportait à l'infection purulente, mais sans en chercher l'explication, les phénomènes dus à une tumeur abdominale qui s'ouvrit dans l'intestin, en donnant lieu à des selles purulentes, à de la diarrhée et à des abcès métastatiques.

Dance, cite (Archives générales de médecine, année 1829, tome XIX) deux cas d'abcès multiples dont il ne trouvait la cause nulle part. Pour les expliquer il suppose une phlébite, sans faire cependant l'autopsie de ces vaisseaux.

En 1848, Tessier réunit sous le nom de *Diathèse purulente* quelques faits isolés de suppurations multiples et les rapproche de l'infection purulente chirurg-

gicale. « On a vu, dit-il, plusieurs cas de diathèse purulente sans phlébite, sans plaie, sans état puerpéral, sans suppuration antérieure, et néanmoins avec l'ensemble et la succession des phénomènes morbides que l'on observe soit dans la diathèse purulente traumatique, soit dans la diathèse purulente puerpérale. Il existe donc manifestement, en dehors de toutes les circonstances où l'on va puiser d'ordinaire l'explication de cet état morbide, une maladie essentielle, caractérisée par la tendance à la formation du pus dans les liquides ou solides coagulables de l'organisme ; elle est identique dans les rapports fondamentaux à la diathèse purulente, à la suite des plaies opératoires ou des couches. Nous l'appelons, diathèse purulente spontanée, non que nous admettrions des effets sans causes, mais pour différencier cette catégorie des deux autres, qui sont relatives, soit au traumatisme, soit à l'état puerpéral. »

Il ajoute : « Je ne possède point de fait qui me permette de tracer l'histoire de la diathèse purulente ; il faut toujours une phlegmatia locale primitive. » N'y a-t-il pas là une certaine contradiction ?

Il affirme, en outre, qu'il a exclusivement rencontré les cas d'infection purulente spontanée, où il y a entassement de malades.

Plusieurs élèves de Teissier, entre autres, Mileent en 1845, Dufresne et Mathieu en 1848, rapportent quelques observations analogues.

Tardieu va plus loin que Teissier : il admet la diathèse purulente franchement spontanée dont il fait une magistrale exposition : il admet que l'infection purulente est idiopathique ou primitive, symptomatique ou secondaire.

En 1853, Gaugée signale des cas d'infection purulente spontanée. Frestière (Thèse Paris 1856) la défend et la distingue de la pyohémie symptomatique (suite de variole, d'entérite, etc.).

Kussmaül, en 1852, publie 52 observations de pyohémie primitive. Dans ces faits sont compris de nombreux cas d'ostéomyélite ; et en effet, depuis les travaux de Chassaignac, on a tendance, en Allemagne surtout, à ne plus concevoir la pyohémie comme une complication de l'ostéomyélite, mais au contraire à faire ressortir les affinités étroites des deux maladies. En France, Alphonse Guérin, dans sa thèse, admet la fièvre purulente spontanée ; car la phlébite et l'absorption du pus, ne peuvent pas rendre compte de tous les faits. Plus tard il revint sur son opinion et, dans les discussions académiques et dans son article intitulé « Infection purulente » du Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique, il attribue à la morve et au farcin, ce que d'abord il rattachait à l'infection purulente spontanée. Il formulait ainsi son opinion : « Point d'infection purulente sans plaie exposée. »

Castelnau et Ducret ont également révoqué en

doute les cas d'infection purulente sans traumatisme, sans état puerpéral.

Néanmoins la spontanéité trouve des défenseurs :

En France, l'Huillier (thèse Paris 1857) admet la pyohémie sans plaie, mais ne l'explique pas.

En Amérique, Wood (a treatise on the practice of medicine, Philadelphie, vol. II, page 256, 1858) pense que l'infection purulente peut exister sans plaie, sans foyer purulent.

En Allemagne, Winderlich cite cinq observations où l'étiologie, les symptômes et les lésions anatomiques sont observés et notés avec soin et précision. Mais, d'après lui, la spontanéité n'implique pas de causes nouvelles, inconnues ; il reconnaît que l'infection peut venir du dehors, et ses observations portent sur des cas de pyohémie survenue en dehors de l'existence d'autres maladies infectieuses ou virulentes.

Le professeur Verneuil, qui croit à la possibilité de la pyohémie sans plaie exposée, inspire en 1879 la thèse de son élève Domec. Il tâche de démontrer qu'un poison septique « la Septine » se développe dans la profondeur des tissus et pour ainsi dire spontanément. Cette septine serait la cause d'une septicémie préparative, dont la pyohémie serait la conséquence.

En 1878, Leube étudie les septico-pyohémies primitives, en s'appuyant sur 5 cas terminés par la mort. Dans cette catégorie, il range les cas, manquant d'étiologie certaine, dont la porte d'entrée reste inconnue

et qui s'imposent comme maladies internes, Il créa alors le nom de « Pyosepticémies Cryptogénétiques ».

Thoreseu divise ces infections en 3 groupes :

1° Manifestations franchement liées à une blessure ;

2° Manifestations tardives survenant à l'endroit de la blessure ou dans un point éloigné ;

3° Manifestations sans porte d'entrée connue.

En 1883, paraît la thèse de Bourcy, sur « Les déterminations articulaires des maladies infectieuses, et sur le pseudo-rhumatisme infectieux. » Il étudie, dans la seconde partie de son travail, les arthrites suppurées multiples, que l'on considérait généralement comme du rhumatisme articulaire avec suppuration. Il prétend, avec M. le professeur Bouchard, qu'il n'y a là rien de rhumatismal ; ce sont des manifestations locales, comparables aux arthrites des maladies infectieuses, d'une infection générale, qui n'est autre que la pyohémie à localisations articulaires. C'est d'ailleurs à peu près ce que Quinquaud avait avancé dès 1871, dans sa description de la maladie arthrito-suppurative. C'est également à cette opinion que se range Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation sur les arthrites infectieuses.

Parmi les observations de Bourcy, il s'en trouve où il est impossible de déceler la porte d'entrée des pyogènes.

En 1891, Paulinés, dans sa thèse sur « Les Bou-

tons de Colles », publie une observation de M. Jaccoud avec examen bactériologique, d'une pyohémie d'origine inconnue.

La même année, Pradel, élève de M. Hutinel, cite (thèse de Paris 1891 — Pyohémie médicale) quinze cas de pyohémie spontanée. Malheureusement, ils manquent presque tous de critérium suffisant au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique,

Des cas sont publiés chaque jour, à l'étranger surtout. Le Professeur Jurgeusen de Tubingue rappelle l'attention sur les pyosepticémies cryptogénétiques, au septième congrès international de médecine et lui consacre un chapitre spécial dans la 2^e édition de son traité de Pathologie et de Thérapeutique.

En 1891, Adolph Dennig, son premier assistant, publie un travail assez complet sur les infections septiques d'origine inconnue.

Mais, tandis qu'en Allemagne, leur étude tend à devenir classique, en France on ne trouve que des matériaux épars, sans un travail d'ensemble.

Il faut pourtant citer la thèse d'Etienne de Nancy, en 1893, où les pyosepticémies médicales sont étudiées avec soin.



CHAPITRE II

Bactériologie

La Pyohémie est loin d'être une maladie spécifique, c'est-à-dire une maladie due à un élément microbien spécifique comme la tuberculose, la fièvre typhoïde, le tétanos, etc... Elle est provoquée, au contraire, par les différents microbes pyogènes ordinaires. Le plus souvent c'est : par le streptocoque, qui pourra à côté déterminer, des angines, des phlegmons diffus; par le staphylocoque, qui ailleurs ne donnera lieu qu'à un abcès local, à un furoncle; par le coli-bacille qui provoquera également une péritonite localisée, soit une appendicite, soit même une broncho-pneumonie, etc... et même, plus rarement, par le bacille pyocyanique.

Si la pyohémie peut être causée par des microbes variés, il n'en est pas moins vrai que ces microbes ne peuvent évoluer que si le terrain s'y prête. On voit donc qu'elle est l'importance des facteurs étiologiques diminuant la résistance de l'organisme, dans le développement des infections purulentes.

Il n'est ni de notre intention, ni de notre cadre, de décrire les germes pyogènes dans leurs formes,

leurs dimensions, leur affinité pour certaines matières colorantes, le caractère des cultures sur milieux solides et liquides, et les conditions de température dans laquelle leur prolifération s'effectue le mieux.

Toutefois, nous ferons une remarque à propos du streptocoque : on s'est demandé si le streptocoque de l'infection purulente était une variété spéciale différente de celui de l'érysipèle, du phlegmon par exemple.

On a tendance aujourd'hui à croire le contraire, quoique cela ne soit pas encore définitivement démontré. Le streptocoque des diverses infections est généralement démontré comme un germe dont le degré de virulence seul diffère.

Mais les différents microbes ne sont pas également répartis dans les infections purulentes.

Voici quelques statistiques :

Salomonsen trouvait dans 4 foyers métastatiques 4 fois le streptocoque à l'exclusion de tous les autres micro-organismes.

Rosembach, sur 6 cas, rencontre 5 fois le streptocoque dans le sang et le pus; 2 fois le staphylocoque l'accompagnait; 1 fois il n'y avait que du staphylocoque.

Besser, de Saint-Petersbourg a examiné 23 cas. Il a vu :

8 fois les staphylocoques blancs et jaunes réunis
1 fois le staphylocoque et le streptocoque ensemble.

Ces microbes existaient pendant la vie dans le pus constamment, dans le sang 11 fois sur 12, après la mort dans le pus toujours. dans le sang, 4 fois sur 9.

Le streptocoque seul 3 fois.

Le staphylocoque seul 1 fois.

D'après Etienne, les différentes espèces microbiennes rencontrées dans l'infection purulente sont par ordre de fréquence :

- 1° Streptocoqua ;
- 2° Staphylocoque aureus et albus ;
- 3° Colli-bacille ;
- 4° Bacille pyocyanique ;
- 5° Bacille septique ;
- 6° Un bacille liquéfiant.



CHAPITRE III

Origine des microbes pyogènes

Nous venons d'étudier les microbes capables de produire l'infection purulente et leur mode d'action. D'où viennent ces éléments pathogènes ? Ils peuvent avoir élu domicile dans l'organisme, depuis plus ou moins longtemps, ou bien venir récemment du dehors.

Dans l'organisme, des microbes nombreux et variés, habitent les parties en communication avec l'air extérieur.

Voies digestives. — Vignal, le premier, a compté 17 variétés différentes des micro-organismes dans la bouche. Le streptocoque existe dans la salive de 5,5 0/0 de sujets sains, la staphylocoque s'y trouve moins souvent. M. Netter a trouvé le pneumocoque de Talamon-Fraeakel chez les 1/5 des sujets n'ayant jamais eu la pneumonie et chez les 80 0/0 de ceux qui ont été atteints de cette maladie.

L'intestin, dit Legendre, est le paradis des microbes ; là se trouvent réunies toutes les conditions favorables à leur développement. Vignal a trouvé plus de 20 millions de micro-organismes dans un

décigramme de matière intestinale. Parmi ceux-ci, le *coli-bacille*, le *streptocoque*, le *staphylocoque* occupent la place d'honneur.

Voies respiratoires. — L'air qui pénètre dans l'arbre aérien renferme des microbes auxquels s'ajoutent ceux venant de l'arrière-bouche

Von Besser, examinant à ce point de vue les cavités nasales de 81 personnes, a trouvé dans le mucus :

- 14 fois le *diplococcus pneumoniae* ;
- 14 — le *staphylococcus aureus* ;
- 7 — le *streptococcus pyogenes* ;
- 2 — le bacille de Friedlander.

Dans le mucus du larynx, dans 5 examens :

- 5 fois le *streptococcus pyogenes* ;
- 3 — le *staphylococcus aureus*.

Dans le mucus bronchique normal, dans 10 cas :

- 2 fois le *streptococcus pyogenes* ;
- 3 — le pneumocoque ;
- 3 — le *staphylococcus aureus* ;
- 1 — le bacille de Friedlander.

On remarque que plus on s'éloigne de l'extrémité supérieure, plus les éléments microbiens vont en diminuant.

Voies génitales. — Les recherches de Winter nous ont fait connaître l'état microbien des *voies génitales*. Chez la femme saine, il y a deux zones distinctes : l'une aseptique : cavité utérine, trompes ;

l'autre bactérienne : col et vagin, où l'on trouve des microbes pathogènes dans la moitié des cas observés.

Chez les petites filles, les microbes font défaut au moment de la naissance, mais ils apparaissent et leur nombre augmente rapidement les jours suivants.

D'autre part, chez les femmes antérieurement atteintes de métrite, il persiste toujours des pyogènes dans les culs-de-sac glandulaires de la muqueuse. Ce qui est un danger constant, si ces cryptes glandulaires s'ouvrent et les mettent à jour. Ce qui est possible dans une rupture du col, par exemple.

Voies urinaires. — Les voies urinaires normales sont très résistantes aux infections bactériennes.

Rosving, dans l'urèthre de 15 hommes, 10 femmes et 5 jeunes garçons, n'ayant jamais eu d'affections uréthrales, a trouvé dans 8 cas des staphylocoques, des streptocoques, des diplocoques nettement pyogènes 4 fois.

La vessie, normalement, ne contient pas de microbes et l'urine doit être aseptique. Mais non seulement, l'urine est aseptique, mais, encore, elle est antiseptique, grâce aux phosphates acides qu'elle contient.

Elle est suffisamment puissante pour détruire en 24 ou 38 heures, des stréptocoques ou staphylocoques pyogènes infectés dans la vessie.

Surface cutanée. — La peau elle aussi est l'hôte habituel de microbes pathogènes. Le straphyloco-

que se rencontre presque constamment à sa surface. Ils existent également dans les glandes cutanées et autour des bulbes pileux.

Ces microbes manifestent souvent leur présence par des suppurations fréquentes qui atteignent la surface de revêtement. On voit combien la peau de certains malades, diabétiques, scrofuleux, est sujette aux suppurations.

En résumé, les microbes pyogènes vulgaires peuvent déjà habiter l'organisme au moment où une perturbation pathologique, diminue son pouvoir défensif ou augmente leur virulence.

Contaminations externes. — D'autres fois les agents pathogènes viennent du monde extérieur. Nous ne pouvons insister sur ces modes d'infections, qui peuvent varier à l'infini.

Le sol, l'eau, l'air les aliments, etc., peuvent tour à tour servir de véhicules aux micro-organismes.



CHAPITRE IV

Pathogénie

On ne peut plus à l'heure actuelle admettre, sur la pyohémie spontanée, l'ancienne théorie de Teissier, pour lequel le sang pouvait créer le pus de toutes pièces.

Il faut pour que cela ait lieu, que les microbes entrent dans l'organisme, luttent et s'y développent.

Il existe toujours une porte d'entrée ; mais parfois elle peut échapper à nos investigations cliniques ; elle nous est inconnue, nous ne pouvons la diagnostiquer. Nous savons d'autre part, que les pyogènes existent à l'état latent dans certaines parties du corps et qu'ils sont tout prêts à pénétrer, par la moindre fissure, dans nos tissus et y produire des désordres par l'exaltation de leur virulence.

La porte d'entrée peut-être récente ou ancienne.

Porte d'entrée récente. — Deux cas peuvent se présenter.

1° L'infection se fait par une solution de continuité, de la peau ou des muqueuses, par une simple desquamation épithéliale qui échappent à l'examen clinique le plus soigneux soit parce que elles sont

profondément situées, ou parce que trop petites, elles passent inaperçues.

Nos téguments, nos muqueuses sont trop souvent le siège d'excoriations ou de lésions insignifiantes, pour que des portes d'entrée de cette nature, suffisantes pourtant pour la pénétration des microbes, puissent être retrouvées au moment de l'éclosion des accidents. Parmi ces lésions nous pouvons citer les lésions de grattage, des écorchures autour des ongles, des maux de gorge insignifiants, etc.

Si l'on va plus loin, on s'apercevra que les organes internes, l'intestin notamment peuvent facilement offrir de petites lésions tout à fait ignorées par le malade et pourtant capables de créer une porte d'entrée aux pyogènes.

Dans ces conditions, nous devons admettre que chez un sujet prédisposé, une infection grave peut résulter d'une lésion infiniment minime et de fait, ne voyons-nous pas des maladies mortelles, comme le tétanos, être la conséquence de petites blessures ou bien la rage éclore après l'écorchure presque inévitable produite par la dent de l'animal malade.

Ce que nous voulons prouver ainsi, c'est que dans certaines conditions, la gravité de l'affection peut n'être pas en rapport avec l'importance de la lésion originelle.

Ce qu'il faudrait savoir, c'est dans quelles conditions l'affection évolue avec cette gravité et ici nous

devons admettre l'influence prépondérante du terrain. Malheureusement, nous ne sommes pas assez avancés dans l'étude de la chimie de l'organisme et des conditions de ses réactions pour pouvoir émettre une opinion à ce sujet. Tout au plus pouvons-nous chercher l'influence de la misère, l'alcoolisme, le surmenage, etc. Mais quand nous aurons constaté cette influence, nous devons nous arrêter devant l'impossibilité de lui assigner un mode d'action.

2° La pénétration des microbes se fait par la peau ou les muqueuses saines, ou plutôt saines en apparence.

Peau saine. Les expériences de Gané et Wasmuth ont démontré que la peau saine n'est pas un obstacle à l'introduction des microbes. Ils se localisent probablement entre les cryptes des bulbes pileux ; de là passent dans l'organisme. Les ouvertures des glandes sébacées et sudoripares ne servent pas de porte d'entrée.

Ces expérimentateurs ont remarqué qu'une simple ouverture sur la peau avec une culture pure donne des résultats négatifs. Mais après une légère friction, la peau saine des hommes et des animaux devient perméable aux microbes pathogènes vulgaires et qu'une fois pénétrés, ils occasionnent des troubles locaux et généraux.

L'exemple le plus frappant de ce mode d'infection semble être la mort du D^r Blanc, de Lyon, survenue

à la suite d'une septicémie aiguë, contractée en soignant une femme atteinte d'affection puerpérale.

On ne put découvrir sur les mains du malheureux médecin, aucune trace d'éraillure et d'excoriation justifiant l'entrée des germes infectieux.

Muqueuse intestinale saine. La muqueuse intestinale saine peut permettre le passage des pathogènes. Kocher, le premier, affirma cette voie assez fréquente.

On a dit que la pustule maligne pourrait se développer à la suite d'ingestion d'aliments infectés ; on admet d'autre part que l'infection tuberculeuse peut se faire par la muqueuse intestinale ; dans ce cas « les bacilles traversent la couche épithéliale, atteignent les parois des intestins au moyen des lymphatiques.

Ne peut-on admettre pour les pyogènes vulgaires ce que l'on admet pour le bacille charbonneux et pour le bacille de Koch ?

Muqueuse broncho-pulmonaire saine. Si l'on accepte comme possible la pénétration de la muqueuse intestinale par les microbes, on doit, *a priori*, admettre celle de la muqueuse pulmonaire ; elle semble pouvoir s'effectuer d'autant plus facilement que les dernières ramifications bronchiques ne sont tapissées que par une seule couche de cellules cylindro-cubiques.

Le revêtement épithélial intact des alvéoles, qui, si facilement, laisse passer les poussières inertes, peut donc aussi se laisser pénétrer par des micro-organismes vivants.

Tout ce qui précède semble démontrer d'une façon évidente la perméabilité des membranes vivantes.

Néanmoins, nous nous posons quelques questions à ce sujet, sans toutefois avoir l'intention de les résoudre en aucun sens.

Pourquoi Gané et Wasmuth ont-ils dû opérer une légère friction sur la peau pour obtenir un résultat positif ? N'est-il pas possible que cette friction si légère soit-elle, ait enlevé quelques cellules épidermiques et frayé ainsi un passage à l'infection ?

D'autre part, n'est-il pas permis de penser que, dans les cas d'infection par voie des muqueuses intestinale ou broncho-pulmonaire, il existe, sinon une solution de continuité, du moins une desquamation épithéliale ou épidermique ?

Pour notre compte, nous réservons notre opinion, car nous pensons qu'il est impossible d'affirmer, à aucun moment, l'intégrité histologique du recouvrement interne ou externe.

2° *Porte d'entrée ancienne.* — Il est des cas, où la porte d'entrée ne peut être trouvée, elle n'existe véritablement pas. Pour les interpréter il faut recourir à la théorie, maintenant universellement admise, du microbisme latent de Verneuil. Les microbes, ayant pénétré antérieurement dans nos tissus, à la faveur d'une suppuration, d'une plaie opératoire ou d'une infection quelconque, sommeilleraient sans donner

lieu à des troubles. Sous d'influence de conditions, encore indéterminées, ils se réveilleraient un jour, se développeraient et recouvriraient leur virulence.

Nous avons exposé les principales hypothèses permettant d'expliquer la génèse des infections purulentes cryptogénétiques. Quelle est celle de ces hypothèses qui sera la vérité demain ? Cette vérité ne sera-t-elle que la confirmation d'une d'entre-elles ? nous l'ignorons. Mais c'est parmi elles que la vérité se trouve, et il nous suffit, étant donnés nos moyens d'investigations limités, d'indiquer où est la vérité pour permettre à nos successeurs d'aller la trouver.



CHAPITRE V

Étiologie

Nous allons passer rapidement en revue, les facteurs étiologiques qui favorisent le développement de l'infection purulente. On peut les diviser en deux grandes séries : 1° ceux qui exaltent la virulence des microbes pathogènes ; 2° ceux qui diminuent la résistance de l'organisme.

1° Lorsque une bactérie s'introduit dans l'organisme pour y causer des lésions, il faut qu'elle soit suffisante au point de vue quantité et qualité. Cette qualité subit l'influence de causes extérieures qui peuvent l'exalter. Parmi ces causes se placent au premier rang, les épidémies régnantes, les associations microbiennes, le passage à travers certains organismes. Secondairement vient l'influence de la cavité close, des saisons, de la température, de la pression, de l'humidité, etc.

2° Nous savons que des microbes nombreux et variés habitent dans les cavités de notre corps, où les liquides antiseptiques les tiennent en respect et empêchent leur prolifération, que la sécrétion de ces liquides soit pervertie et le corps perd déjà un bon

moyen de défense. Le traumatisme, créant un *locus minoris resistanciæ*, y appelle l'infection. Le froid, la misère physiologique, la fatigue, le surmenage, le jeûne, ont été tour à tour incriminés. Divers savants ont expérimentalement démontré leur action. A côté d'eux se placent les dyscrasies, le diabète, l'albuminurie et enfin les intoxications parmi lesquelles l'alcoolisme. Wood cite plusieurs cas d'infection purulente survenues spontanément, chez des alcooliques, sous la seule influence du froid.

A côté de ces conditions qui empêchent l'organisme de réagir contre l'élément microbien, il en existe qui peuvent encore diminuer sa résistance en retardant l'élimination des toxines bactériennes. Ainsi agissent les affections du foie, dans lesquelles la cellule hépatique est altérée, et les affections chroniques des reins.



Description

La pyohémie cryptogénétique nous montre une variété infinie de symptômes. Elle se présente en résumé sous deux formes principales :

1° La pyohémie à forme généralisée, intéressant presque toutes les fonctions de l'organisme, et reproduisant dans son intégrité l'infection purulente chirurgicale.

Cette forme est excessivement rare.

2° La pyohémie caractérisée par la prédominance des troubles localisés sur un organe plus intéressé que les autres, bien que l'infection soit incontestablement générale.

Symptômes communs. — Néanmoins ces différentes formes ont quelques symptômes communs que nous allons passer en revue.

Période d'incubation. — La pyohémie cryptogénétique semble souvent débiter d'emblée. Cependant quand on examine bien un malade, on apprend que depuis quelque temps déjà il éprouvait un malaise général, une perte d'appétit, de la céphalée, des douleurs erratiques dans les membres.

Il nous semble toutefois impossible de déterminer la durée de cette période par la simple raison,

qu'on ne connaît ni le moment de l'envahissement de l'organisme par les microbes, ni leur porte d'entrée.

Période d'invasion. — Commence généralement par des frissons violents, pouvant manquer et être remplacés par des frissons légers, des frissonnements. Les symptômes de la période d'incubation s'accroissent,

Période d'état. — La maladie revêt alors plusieurs modalités. Elle peut affecter la forme d'embarras gastrique, de fièvre typhoïde, la forme grippale, ou rhumatismale, etc. Le malaise général, l'abattement peuvent arriver à l'adynamie, à la prostration profonde avec le visage pâle, terreux, cyanosé ; la peau sèche, les yeux enfoncés dans l'orbite. La langue peut être saburrale et quelquefois rôtie, les dents fuligineuses ; au lieu des tendances à l'adynamie, on trouve parfois de l'énervement, de l'excitation plus ou moins légère.

La respiration accélérée ; dyspnée plus ou moins intense est due à l'action des toxines du sang.

Le pouls fréquent avec 100, 110 et 150 pulsations. Quelquefois il est irrégulier, intermittent. Il peut être bigeminé, dicrote ; devenir filiforme et mou.

Anorexie ; parfois diarrhée. Rate et foie hypertrophiés comme dans toutes les maladies infectieuses.

Urines légèrement albuminuriques.

Ces phénomènes plus ou moins accentués peuvent

ou s'aggraver, et le malade tomber dans la consomption et mourir, ou bien s'amender et la guérison se faire plus ou moins rapidement.

Température. — Durant le cours de la maladie il y a à peu près constamment de l'hyperthermie. Elle peut prendre un type rémittent ou intermittent avec intensité plus ou moins variable. Elle atteint le maximum au moment de l'éclosion des abcès.

Marche et durée. — La marche de la maladie est essentiellement irrégulière. Tantôt elle est aiguë et sa durée peut être limitée à quelques semaines, tantôt elle est chronique, elle est alors caractérisée par des abcès à répétitions apparaissant à d'intervalles inégaux.

Dans le cas que nous avons observé l'infection purulente a ainsi évolué : Début par un frisson suivi d'un malaise général pendant 6 jours. Nouveau frisson avec 40.5. Signes d'embarras gastrique. Fièvre continuée. Puis apyrexie. Les jours suivants la fièvre revient. Durée de quelques jours ; enfin symptômes de rhumatisme infectieux localisé aux genoux et aux coudes et apparition d'abcès à répétition.

Pronostic. — Le pronostic, des pyohémies cryptogénétiques, est plutôt favorable si la suppuration reste superficielle et s'il n'y a pas de formation d'abcès dans les organes.

Variétés

Nous nous dispenserons de décrire la pyohémie cryptogénétique généralisée. Elle ressemble en tous points à la pyohémie chirurgicale. Nous allons étudier les infections purulentes localisées, nous réservant d'insister sur les variétés qui nous semblent devoir davantage attirer et retenir notre attention.

Localisations cardiovasculaires. — On cite quelques cas d'endocardites, d'aortites d'origine inconnue. M. Jaccoud a, le premier, démontré (Chronique de la Charité, 1886, leçon du 22 mai 1886), la possibilité, en décrivant une endocardite d'origine intrinsèque, sans infection externe.

Localisations broncho-pulmonaires. — On sait combien souvent on trouve des abcès dans les poumons. Mais à côté de ces abcès on décrit des broncho-pneumonies précédées d'infection générale et n'en étant qu'une manifestation.

MM. Hutinel et Glaisse les ont vues se produire chez des enfants porteurs d'excoriations légères à la langue — porte d'entrée vraisemblable de l'ouverture. D'autre part, on a des exemples de broncho-pneumonies à coli-bacille. Comment expliquer cette infection autrement que par la circulation ?

Localisations sur l'appareil urinaire. — Nous rapportons une observation de M. Delpeuch, d'infection purulente à localisation sur l'appareil urinaire et d'origine absolument inconnue.

Localisations hépatiques. — On n'a qu'à penser à la vascularité de cet organe et à ses relations avec l'intestin, paradis des microbes de toute sorte, pour comprendre combien doivent être nombreuses et aisées les localisations sur le foie.

Il y a dans cet organe deux voies sanguines d'apport : l'artère hépatique et la veine porte, sans compter les voies biliaires.

Localisations osseuses. Ostéomyélite. — L'école allemande, avec Kraske, Dennig, identifie actuellement l'ostéomyélite et l'infection purulente. En France on ne pense pas ainsi. On admet l'identité au point de vue pathogénique et étiologique mais non au point de vue clinique — on fait de l'ostéomyélite une entité morbide distincte. On admet toutefois, que la pyohémie peut venir se greffer sur l'ostéomyélite — ce n'est dans ce cas qu'une généralisation partie des foyers osseux.

Cependant, parfois l'infection de l'organisme se fait avec une telle rapidité que l'on peut se demander si le foyer ostéomyélique n'est pas une simple manifestation locale d'une infection générale. Si donc on admet la nature pyohémique dans ce cas-ci, il serait difficile de la refuser aux autres.

M. Le professeur Lannelongue, prétend que toujours il y a une porte d'entrée visible dans le cas d'ostéomyélite. Dennig, cite des observations nombreuses, où il lui a été impossible d'en découvrir, malgré l'examen le plus scrupuleux, et il admet que les colonies microbiennes vivent à l'état latent dans l'organisme où elles ont pénétré, soit à la suite d'un accident local, soit peut-être d'une infection fœtale ; puis, à un moment donné, les éléments microbiens sont venus se fixer en un locus *minoris resistentiæ*, constitué par le tissu de néoformation osseuse. Cette cause prédisposante peut-être un traumatisme ou le froid.

Les espèces microbiennes rencontrées sont les pyogènes ordinaires. A la suite des recherches de MM. Rodet et Jaboulay, on crut que, le staphylocoque auréus et albus seuls avaient ce pouvoir. Mais MM. Lannelongue et Achard, ont démontré, que le streptocoque peut produire une lésion identique.

L'ostéomyélite à staphylocoque doré est la plus grave ; celle produite par le staphylocoque blanc vient ensuite, et enfin, vient celle du streptocoque.

Est la plus à craindre, celle occasionnée par l'association du premier des microbes avec une bactérie quelconque.

On connaît des cas de typhus des os à bacille d'Eberth, à pneumocoque et à bacille tuberculeux.

Localisations articulaires. — En 1883, Bourcy, Santelli

élève de Bouchard, distingue le pseudo-rhumatisme infectieux du rhumatisme aigu vrai ; on en fait maintenant une localisation de la pyohémie primitive. Landouzy, puis Lapersonne, ont adopté cette manière de voir.

L'arthrite infectieuse primitive revêt plusieurs aspects cliniques.

1° L'arthrite est purulente d'emblée. Très rapidement, l'articulation suppure. Le malade tombe dans l'état adynamique, typhique. La réaction locale est peu intense.

Nous en donnons une observation tirée de la thèse de Bourcy et résumée.

2° La polyarthrite, dans laquelle les phénomènes locaux sont plus intenses. Frappe souvent les grandes articulations. Peut se terminer par la suppuration, par une arthrite ankylosante et par la résolution.

3° On décrit une forme arthralgique. On admet la nature microbienne des arthrites suppurées ; peut-on admettre celles des arthrites non suppurées ?

Chantemesse a retrouvé le pneumocoque dans le liquide citrin des jointures malades. Marie Raskin a obtenu des cultures de streptocoque. Guttman y a vu des staphylocoques. D'autres y ont trouvé des espèces microbiennes diverses.

De Saint-Germain, en injectant des cultures atténuées de staphylocoque, a pu produire du gonflement, de la douleur articulaire ; avec des cultures viru-

lentes, il a obtenu un véritable épanchement citrin qui, ensemené, a donné des cultures abondantes.

Localisations méningées et cérébrales. — Se voient quelquefois surtout à la suite d'otite passée inaperçue.

Citons, pour mémoire, les localisations aux ganglions lymphatiques.

Localisations à la peau à formes pustuleuse et bulleuse. — Groupe d'infection à prédominance cutanée, constituée par des pustules et des bulles, connue sous le nom de : *boutons de Colles*. La maladie de Colles a été décrite soigneusement par Paulidès. (Thèse Paris, 1891.)

Nous en donnons nous-même deux observations :

Localisations dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Il existe plusieurs observations de pyohémie cryptogénétique localisée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Laurent en cite 4 cas dans sa thèse de 1879. Nous lui empruntons un cas.

Maurice Raynaud a vu évoluer, ainsi, 57 abcès en 2 mois. Mais le cas le plus intéressant est celui que Broca a observé chez une malade ayant soigné une personne atteinte d'érysipèle. Après une dizaine de jours de malaise, elle fut prise de frissons. Puis on vit survenir un phlegmon du dos de la main droite, un psöitis, de la lymphagite du cou, un foyer enveloppant tout le muscle cubital antérieur; la suppura-

tion de la bourse sous-deltaïdienne. Pendant ce temps la température se maintenait entre 39°,5 et 40°: la mort survenait 15 jours après. A l'autopsie aucun abcès sous les viscères.

Cette forme de pyohémie affecte le plus souvent le type chronique avec abcès à répétition apparaissant sans rougeur, ni inflammation préalable. On les prendrait volontiers pour des abcès froids sans la présence des symptômes généraux. Ces abcès ont deux caractères bien particuliers.

1° Ils guérissent avec une merveilleuse faculté.

2° Ils se fixent où ils veulent et non où on les appelle. En effet, dans le cas que nous avons observés, jamais on a eu d'abcès aux points où se faisait l'injection de sérum artificiel, quoique la distension du tissu cellulaire par le liquide, en fisse un *locus minoris resistantiæ*.



OBSERVATIONS

Observation 1

Abcès multiples spontanés (In thèse Laurent 79).

Bohy..., garçon de lavoir, 42 ans, célibataire, entre le 15 mai 1879 dans le service de M. Oulmont à l'Hôtel-Dieu.

Robuste. Bonne santé habituelle. En 1871, fièvre typhoïde sans complications. Ni chancres, ni blennorrhagie. Pas scrofuleux. N'a jamais vécu dans de bonnes conditions hygiéniques. Avoue avoir bu plus que de raison, sans toutefois aucun symptôme d'alcoolisme chronique.

Pas de contact avec les animaux morveux.

Le 10 mai, le malade fut subitement pris de frissons suivis de fièvre ardente de céphalalgie, courbature, douleurs dans les membres. Se mit au lit. Les jours suivants ces symptômes s'amendent il est vrai, mais apparition de plaques rouges sur divers points du corps.

Le 15, le malade entre à l'hôpital. Temp. 39. Aspect de typhique, pommettes rouges, langue et gencives fuligineuses.

Le 18, on constate deux abcès à l'avant-bras, l'un à la

partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la face postérieure ; on les incise, il en sort une certaine quantité de pus crémeux, non fétide. Les deux abcès suppurent largement.

Le 20. Apparition d'un troisième abcès à la paroi interne du creux axillaire.

Le 24. Abcès à la face postérieure de l'avant-bras gauche dans son 1/3 inférieur.

Le 27. Abcès au niveau du coude gauche.

Le 30. Vaste collection purulente de la région postéro-interne de la cuisse droite. — Drainage.

Le 3 juin. La fièvre qui avait diminué, se rallume à 40,1 — Nouvel abcès à la partie externe du creux poplité du côté droit.

10 juin. Nouvel abcès, gros comme un œuf dans la gaine du biceps droit. C'est le neuvième.

Pendant tout ce temps, on prescrit une nourriture tonique et du quinquina.

Pas de sucre ni albumine dans les urines.

Malade guérit.

M. Laurent, dans sa thèse, publie 5 observations identiques dans sa thèse sur les abcès spontanés.

Observation 2

Pyohémie spontanée ; pseudo-rhumatisme infectieux

In Thèse Bourcy (1883)

Femme, 18 ans, prise tout à coup de malaise général, avec torticolis à la suite de froid. Puis fièvre, délire, la

malade entre à l'hôpital quinze jours après le début de la maladie.

Le genou droit est tuméfié, douloureux, il contient du liquide à la palpation.

Symptômes généraux : ballonnement du ventre, diarrhée, somnolence, délire. On fait diagnostic : fièvre typhoïde compliquée de rhumatisme.

Mort avec symptômes de fièvre typhoïde à forme cérébrale, un mois après le début de la maladie.

Autopsie : Plaques de Payer intactes.

Infractus de la rate, rein, méningite purulente ; pus dans les articulations du genou, du poignet, et scapulo-humérale droite.

Observation 3

Observation de MM. Charrin et Cayla, communiquée à la
Société clinique. France médicale, 5 mai 1885

Pyohémie spontanée ; pseudo-rhumatisme infectieux

Ch..., Léonide, ménagère, 50 ans, entre le 30 avril 1884 dans le service de M. Hérard.

Bonne santé habituelle ; attaque de rhumatisme articulaire aigu à 24 ans ; depuis quelques douleurs rhumatismales.

Un mois avant sa maladie, elle perd son mari, depuis sa santé va en déclinant, la maladie débute le 22 avril, huit

jours avant son entrée, grand frisson, accompagné de vomissements, fièvre vive, quelques douleurs dans les articulations plus marquées aux épaules.

A son entrée, face vultueuse, céphalalgie, vertiges, oppressions sans toux, langue sèche ; herpès labial. Rien à l'examen de la poitrine et du cœur. Foie petit, douloureux à la pression. Rate volumineuse.

Genou droit gonflé, douloureux ; les autres articulations ni tuméfiées ni douloureuses.

Salicylate de soude, à la dose de 8 gr., ne donne aucun résultat.

Le 5 mai. — Perte de la vision de l'œil droit ; douleur spontanée à la pression.

Plaque œdémateuse rouge sur l'avant-bras droit.

Le 6 mai. — Œdème sous conjonctival de l'œil droit ; rougeur au niveau des articulations. Métacarpe, phalangiennes du pouce droit et du petit doigt.

Le 7 mai. — Grand frisson.

Le 8 mai. — Nouveau frisson. Les deux jambes sont œdématisées, face jaune terreuse ; intelligence conservée.

Les plaques érythémateuses multiples qui se sont développées sur les deux membres présentent des phytènes.

11 mai. — Mort, pas d'autopsie.

On peut prendre du liquide du genou droit ; il contient du pus : Inoculé à des lapins, il les tue en produisant des abcès multiples.

Observation 4

(Tirée de la pratique privée de M. le professeur Jüergenten
In Pyospticémies cryptogénétique de Dennig)

*Pyohémie en 1888 à la suite de fracture de cuisse droite
en 1870-71*

Pat..., âgé de 25 ans, bien portant, reçoit pendant la campagne de 1870-71, une balle qui lui fracture la cuisse droite. Après consolidation, le membre se trouve raccourci d'environ 6 centimètres et fortement rejeté en dehors avec le pied en position équin. Au niveau de la blessure restent deux cicatrices siégeant au côté externe et interne de la cuisse : elles sont profondes et leur simple pression réveille une forte douleur, le membre est notablement atrophié.

En 1888, le 14 décembre au soir : étant en voyage, Pat, se sentit subitement pris d'un malaise général accompagné d'un léger frisson qui persista toute la nuit et durant laquelle il ne put reposer un seul instant. Le lendemain, les frissons furent plus violents : en même temps apparurent des douleurs déchirantes dans le membre droit, remettant alors son voyage, Pat rentre chez lui, le 15 au soir et prend le lit à partir de ce jour.

Le 17 décembre. — La température est à 38°9. Le malade souffre de son membre droit et les douleurs sont localisées de préférence au niveau de l'ischion, du grand trochanter, du creux poplité et au niveau des deux cicatrices. La rate n'est pas augmentée de volume ; le cœur bat

régulièrement. Un médecin consulté diagnostique une névralgie sciatique droite et prescrit une saturation d'acide salicylique, (10 = 180) à prendre dans la journée.

18 décembre. — Après une nuit très agitée à cause des effets du médicament, le malade se sent plus abattu. Les douleurs ont diminué au niveau de l'ischion et du grand trochanter ; elles persistent à l'endroit des cicatrices. Le genou droit est tuméfié et contient un épanchement articulaire assez abondant. Vers midi, la température monte à 40°, l'agitation reprend plus vive, le malade se sent perdu et réclame les derniers sacrements.

20 décembre. — La tuméfaction du genou s'est étendue à tout le membre depuis la naissance de la cuisse jusqu'à l'articulation du coup-de-pied. Toute cette région est douloureuse à la palpation qui ne reconnaît pas de fluctuation bien nette. La rate est augmentée de volume et, à l'auscultation du cœur, on entend un dédoublement du premier temps. Le malade se plaint en outre de douleurs très vives et pres-ternales, atteignant leur paroxysme au moment de la déglutition. Des vessies de glace lui sont appliquées sur le cœur et sur tout le membre malade.

21 décembre. — La tuméfaction reste la même et on constate facilement que le membre, à part les deux cicatrices résultant de son ancienne blessure, ne porte aucune autre cicatrice, ni coupure, ni meurtrissure.

A 11 heures du matin, la température est à 40° 3 ; le pouls, très irrégulier, bat à 120 pulsations à la minute. Quelques râles sous crépitants aux deux bases. La matité cardiaque est augmentée à droite ; pas de bruit de souffle à l'auscultation. L'épigastre est douloureux, et la rate est faci-

lement perçue à la palpation. Le poignet droit est un peu rouge ; la langue légèrement saburrale et dans l'arrière-bouche, rien de particulier.

23 décembre. — Le cœur faiblit ; les pulsations s'accélérent et les bruits diminuent d'intensité. Le membre droit est un peu moins douloureux que les jours précédents.

25 décembre. — Le mal empire : la dyspnée survient et monte progressivement jusqu'à 40 respirations à la minute.

27 décembre. — Le malade a passé une nuit relativement bonne. La température est à 39°, le pouls à 120. Vers midi, le délire survient presque subitement et persiste jusqu'au soir à 8 heures : avec, de temps en temps, de courts moments de lucidité. La température monte à 40° 6. A 9 heures du soir, le malade tombe dans le collapsus et succombe quelque temps après, malgré de nombreuses injections sous-cutanées d'éther.

Autopsie pratiquée le 29 décembre par M. le Pr Mauverekl.

Tout le membre droit est considérablement tuméfié ; sur le côté externe de la cuisse on pratique une longue incision qui donne issue à une grande quantité de pus trouble et aéré. Une autre incision pratiquée le long de la face interne et au dessous de la cicatrice, fait sortir un liquide rougeâtre à peine trouble et très aéré. A la partie toute supérieure de la cicatrice de l'air se dégage en abondance, tandis que dans la profondeur de la plaie s'amasse un liquide jaunâtre, grasseux, légèrement trouble. L'incision prolongée sur la jambe donne issue à 3 ou 4 cc. d'un pus sanieux venant

d'une sorte d'abcès. Le tissu sous-cutané est infiltré de pus ainsi que les muscles du mollet.

Un deuxième abcès siège sur le côté interne du fémur ; il s'étend depuis l'articulation du genou jusqu'à la cicatrice interne ; le pus touche au périoste et l'os n'est pas dénudé à cet endroit. Cet abcès ne communique pas avec l'articulation du genou qui contient elle-même du pus ; sur le côté externe de la jambe, se trouvent de nombreux abcès très étendus.

On trouve également des abcès situés à la périphérie de l'os du fémur et même dans l'intérieur de la cavité médullaire, où se trouvent de petits fragments de plomb.

Remarque. — D'après l'auteur, le malade a succombé à une pyohémie dont l'origine serait la blessure reçue à la cuisse droite en 1870. Il suppose que les germes de l'infection restés latents dans l'os pendant 18 ans ont recouvert leur virulence à un moment et ont amené l'infection pyohémique. Il se demande encore si les microbes n'ont pas pénétré dans l'organisme par les poumons et l'intestin pour aller se localiser au niveau de la blessure, *locus minoris resistentiæ*. Il est à remarquer que le pus était gazeux, il était peut-être dû à la présence du vibrion septique de Pasteur.

Observation 5

(M. Jaccoud, in thèse Paulides, 9, Paris, 9).

Le nommé Leroux J..., âgé de 34 ans, terrassier, d'une constitution robuste, entre le 26 mars 1890, dans le service de M. Jaccoud, salle Jenner, n° 6.

Le jour de son entrée, il avait une température de 40°1, le soir. Le 21 mars, en se levant, il s'est trouvé mal à l'aise avec un fort mal de tête et extrêmement fatigué ; il a pu aller à son travail, mais le lendemain il a dû s'aliter, la céphalalgie ayant augmenté ; pas d'appétit, constipation. Le 23 mars il s'est aperçu que la face palmaire des mains et la plante des pieds présentaient des phlyctènes contenant un liquide opaque. Le 24 il a été pris de frissons et d'un point de côté.

Après son entrée à l'hôpital, l'éruption s'est montrée à la face palmaire de la main droite ; on observe aussi une pustule à la face dorsale du médius de la main gauche.

Le 26 mars, on constate une diminution du murmure vésiculaire et quelques soupçons de râles sous-crépitants ; expectoration visqueuse ; le malade a un peu maigri.

Le 27, tous ces phénomènes augmentent et l'on constate tous les signes d'une broncho-pneumonie ; submatité, râles sous-crépitants, respiration soufflante ; les crachats sont muco-purulents. Les pustules des mains et des pieds entrent en suppuration.

Temp. matin 38°3. Traitement acide salicylique 2 gr. en 4 doses prises à des intervalles égaux, cordial avec rhum 60 gr.

Acétate d'ammoniaque : 3 grammes.

Vin de quinquina : 120 grammes.

Comme la constipation persiste, un lavement purgatif est administré avec 60 grammes de miel mercuriel.

28. — L'œil droit est rouge, gros. M. Beurnier, chef de clinique de M. Lefort constate un abcès dans la chambre antérieure ; vésicatoire derrière l'oreille droite. La rate grosse.

Temp. matin 38°3 ; soir 39°1.

29. — Même état des poumons, œil plus rouge et tuméfié.

30. — Incision et extraction par la curette du cristallin et du corps vitré.

31. — Malade souffre moins de son œil droit ; les pustules des membres sont en voie de guérison.

1^{er} avril. — Les râles ont diminué dans les poumons ; même traitement.

Un foyer purulent apparent entre les deux premiers orteils du pied droit. Il est ouvert.

3 avril. — Nouvel abcès à la fesse droite, pansement après incision ; le malade accuse une douleur au niveau de la rate.

9 avril. — Autre abcès à la partie moyenne et postérieure de la cuisse droite ; il est ouvert et pansé ; les abcès des mains et des pieds ont guéri. Acide salicylique 1 gr. à 4 fois par jour.

10 avril. — A partir de ce jour, la broncho-pneumonie, et l'œil marchaient à la guérison, qui toutefois était lente, puisque le malade jusqu'au 26 avril était dans un état sérieux.

19 avril. — Suppression de l'acide salicylique. Les plaies de la fesse et de la cuisse sont en voie de guérison. Le globe oculaire droit est représenté par un moignon.

25. — L'amélioration continue.

5 mai. — Le malade est complètement guéri.

Examen bactériologique fait par M. Ménétrier.

Le pus des collections purulentes du pied examiné au microscope renferme des chaînettes de streptocoques en grand nombre.

Les cultures fournissent également des colonies de streptocoques d'une manière exclusive.

Une souris inoculée par injection sous-cutanée meurt d'infection streptococcique franche ; son sang examiné, fournit de nouvelles cultures de streptocoques.

Le pus du plegmon de l'œil et de l'abcès de la fesse semblablement examiné renferme également le streptocoque pur qui a été cultivé.

Les crachats d'aspect muco-purulent renferment de nombreux pneumocoques. Des cultures caractéristiques ont été obtenues.

Une souris inoculée avec ses crachats, est morte d'infection pneumococcique. Son sang mis en culture a fourni des colonies de pneumocoques bien caractéristiques.

Observation 6

M. Delpeuch, (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 juillet 1892)

Pyelo-néphrite primitive

Le jeune Antoine T..., entre à l'hôpital, le 17 mars 1892 à l'Hôtel-Dieu annexe.

C'est un garçon de dix-sept ans, peu développé physiquement, presque un enfant. Il est fleuriste, c'est-à-dire qu'il porte toute la journée des cartons très volumineux, mais très légers, contenant des échantillons. N'était sa jeunesse, ce métier n'aurait rien de bien pénible. Il n'accuse d'ailleurs

aucune fatigue plus grande, aucune imprudence, aucun refroidissement subi dans les jours qui ont précédé la maladie.

Celle-ci a débuté brusquement le samedi 12 mars ; il a ressenti au réveil une douleur dans les reins, douleur qui s'est accrue dans la journée, l'empêchait de marcher, rendait la respiration pénible. Elle était forte surtout en arrière et à droite mais elle se prolongeait dans le flanc droit et descendait dans l'aîne droite et dans la partie interne de la cuisse.

Dès le premier jour, la fièvre survient sans frissons. Le petit malade se couche. Il est tourmenté par des envies très fréquentes d'uriner ; l'urine est trouble et détermine une cuisson intense à l'extrémité de la verge. L'appétit est complètement perdu ; aussi notre malade se met, de sa propre initiative au régime lacté.

Au moment de son entrée, au cinquième jour de sa maladie, la fièvre est modérée : $38^{\circ} 2$, la langue est blanche ; il n'y a ni céphalalgie, ni frissons ; l'état général est satisfaisant. Mais les douleurs ont persisté aussi intenses qu'au début. Elles occupent les mêmes régions. Lourdes et presque continues, elles s'exaspèrent à la pression, par la toux. par les mouvements. On les réveille surtout par la pression dans la région lombaire droite et de l'hypocondre droit. On ne constate d'ailleurs ni œdème, ni saillie, bien que l'exploration soit facile et que les parois se laissent déprimer.

On peut affirmer qu'il n'y a pas de tumeur rénale, et même que le rein lui-même n'est pas sensiblement augmenté de volume, car on n'arrive pas à le sentir.

Le côté gauche est absolument indemne. Les urines

sont abondantes (plus de 2 litres), mais elles sont blanchâtres, troubles et laissent au fond du bocal un dépôt blanc assez abondant, environ 150 centimètres cubes ; elles sont albumineuses et le dépôt donne, avec l'ammoniaque, la réaction du pus. La miction est toujours douloureuse et les bords du méat sont enflammés.

Les autres organes sont absolument sains ; il n'y a en aucun point des téguments trace d'œdème. Il n'y a eu ni céphalée, ni troubles oculaires, ni vomissements, ni hémorragie ; à aucun moment, il n'y a eu d'hématurie.

Tel est l'état du malade au moment de son entrée. Un diagnostic s'impose, celui de pyélo-néphrite ; mais quelle est la cause de cette pyélo-néphrite ?

Des calculs rénaux ? Le malade souffre pour la première fois, et l'on ne trouve dans les antécédents rien qui rappelle une colique néphrétique même à l'état d'ébauche.

Une blennorrhagie ? Notre petit malade ne s'est jamais exposé à prendre cette maladie.

Une maladie infectieuse antérieure, si légère qu'elle soit ? On en relève aucune dans les antécédents du malade. Il n'y a eu récemment, ni mal de gorge, ni furoncles, ni, en aucun point du corps, un foyer, si minime soit-il de suppuration.

Une affection constitutionnelle ? Ni antécédents personnels ou héréditaires tuberculeux ; pas d'adenopathies.

On aboutit donc au diagnostic de pyélo-néphrite sans pouvoir même incriminer, à titre de cause occasionnelle, le froid ou le surmenage. On prescrit le régime lacté et 1 gr. de sulfate de quinine par jour.

Cependant une recherche s'imposait : Quel était l'agent
Santelli

de cette suppuration, celle-ci ne pouvait-elle masquer une tuberculose ? Le 21 mars, on recueille les urines avec les précautions antiseptiques d'usage. Notre collègue et ami Netter les examine et constate que le dépôt est constitué uniquement de globules de pus. Il ne contient pas de bacilles de Kock, mais une énorme quantité de staphylocoques dorés qui donnent les jours suivants des cultures caractéristiques. Il inocule un cobaye qui fut sacrifié un mois plus tard et ne présenta aucune lésion tuberculeuse.

Les jours suivants, la situation reste sensiblement la même ; les douleurs diminuent peu à peu, mais la fièvre oscille toujours entre 38 et 39° ; les urines sont toujours troubles et leur quantité est de 2 à 3 litres par jour ; elles laissent encore un dépôt purulent.

Le 28 mars, c'est-à-dire quinze jours après le début de la maladie, la douleur spontanée n'existe plus ; on éveille seulement un peu de sensibilité par la pression dans la région lombaire. En même temps, la fièvre tombe assez brusquement et revient à la normale pour ne plus s'en écarter.

Le 29 mars, on supprime le sulfate de quinine. Les urines ont un dépôt moins abondant, mais sont encore un peu troubles et renferment une assez grande quantité d'albumine.

Le 15 avril, l'urine est normale, il n'y a plus d'albumine. Le malade est remis depuis quelques jours au régime ordinaire. Il a engraisé depuis 15 jours de 2 kilos 1/2 et paraît complètement guéri.

Le 19 avril, il demande instamment à sortir et promet de revenir à la moindre alerte, notamment s'il se produisait de l'enflure aux pieds.

Trois jours après, le 22 avril, il rentre à l'hôpital ; il a repris trop tôt ses occupations ; il est fatigué.

L'urine assez abondante est un peu trouble et l'on constate des traces d'albumine douteuses si on se borne à les traiter par l'acide nitrique ou la chaleur, mais incontestables, si on emploie les réactifs de Tauret ou d'Esbach. On institua un nouveau régime lacté.

Il n'existe aucune altération viscérale, en particulier le cœur est absolument sain.

Le 10 mai, M. Netter procède à un nouvel examen bactériologique ; lesensemencements restent stériles ; il n'y a plus de staphylocoques dorés.

Le malade reste encore un mois à l'hôpital avec toujours un peu d'albumine.

L'affection est spontanée en ce sens que nous ne lui avons trouvé aucune cause plausible, mais il est évident qu'une suppuration ne peut apparaître que si l'agent de cette suppuration n'a été importé.

Observation 7

(abrégée)

Pyohémie spontanée. Vittoris Romano (In Rev. vénitienne des sciences médicales, n° de déc. 92)

Joséphine Dralibera, 19 ans, domestique.

Bons antécédents héréditaires.

A 5 ans maladie grave, non déterminée. 11 ans rougeole. Réglée à 17 ans. A cet âge devint domestique, profession nécessitant la station debout la plus grande partie de la journée. Elle s'aperçut alors que ses jambes augmentaient de volume et ses varices apparurent plus prononcées à droite. Dans la suite, elles devinrent douloureuses, œdémateuses et pesantes, ce qui obligea la malade à rester couchée plusieurs heures par jour.

La jeune fille entre à la clinique chirurgicale en décembre 91. On pratiqua la cure radicale des varices. L'opération réussit parfaitement et l'opérée, complètement rétablie sortit de l'hôpital le 20 janvier 93 et put reprendre ses occupations.

L'état de sa santé se conserva bon jusqu'au 2 avril. Ce jour, la jeune fille fut prise d'une violente céphalée. Le soir du 4 avril, fièvre pas trop élevée, procédant par accès. Une douleur assez violente se localisa à la cheville droite, tandis qu'elle remontait le long de la jambe droite.

Le 6 avril, elle se décida à entrer à la clinique médicale.

Il est impossible à la malade de se mouvoir. Très abattue, elle a l'aspect d'une personne souffrant beaucoup. Elle se plaint à haute voix de fortes douleurs dans les membres inférieurs, surtout dans le gauche. Douleurs continues et paroxystiques le long du sciatique jusqu'au genou, deviennent intolérables à la pression.

La peau du 1/3 inférieur des jambes est œdémateuse et douloureuse sur le côté interne des membres, on voit des cicatrices linéaires de longueur de 15 à 20 centimètres, dues à l'extirpation des varices.

La langue est très rouge, surtout sur les bords. Le foie ne déborde pas les fausses côtes, la rate n'est pas agrandie.

Le poul au moment de l'entrée est 120 pulsations, 23 supurations, temp. 38°9.

Vu les souffrances, on fit une injection de morphine, et on administra du salicylate de soude. La malade ne s'améliora guère, malgré nos soins, la fièvre resta continue, oscillant entre 38° 2 et 39°. De temps en temps, des frissons séparés entre eux par des intervalles de quelques heures à une journée entière.

Le 5^e jour, la fièvre et les douleurs diminuèrent; 2 jours après apyrexie complète, ce qui faisait augurer une guérison définitive.

Le 14 avril. — Fièvre brusque, s'élevant progressivement avec la fièvre, apparurent les douleurs avec les mêmes localisations que précédemment.

Les jours suivants, les articulations des genoux, des pieds et coxo-fémorales devinrent douloureuses successivement. La fièvre affectait le type continu.

On recourut, comme traitement, aux bains de vapeur, aux frictions des articulations malades et à leur enveloppement avec l'acide salcylique.

Les douleurs gagnèrent la colonne vertébrale, épargnèrent les articulations des bras. Les articulations atteintes étaient gonflées et tuméfiées.

La langue était sèche, l'anorexie complète les urines rares, colorées et légèrement albumineuses.

L'état de la malade restait stationnaire et semblait grave, lorsque apparut une rougeur diffuse dans la région coxygienne et sur la fesse gauche, rougeur qui se transforma en

un petit abcès. Sur la fesse droite, se montrèrent de nombreuses pustules grandes comme des têtes d'épingle.

Le 25 avril. — On fit avec le pus de ces pustules et avec le sang de la malade, en prenant toutes les précautions antiseptiques nécessaires, des cultures sur divers bouillons.

On obtint des colonies pures caractéristiques de staphylocoques. Il fut impossible toutefois d'extraire aucun liquide de l'articulation du genou.

Soigneusement on fit le diagnostic différentiel avec la tuberculose, la morve, et celui de pyosepticémie cryptogénétique fut porté.

La malade a guéri.

On porta le diagnostic de pyosepticémie cryptogénétique, car malgré les recherches les plus soigneuses, il fut impossible de découvrir une porte d'entrée au pyogène.

Remarque. — L'auteur de l'observation ajoute qu'il considère comme seul facteur étiologique l'opération pratiquée trois mois auparavant. Pour lui, les microbes ont pénétré en ce moment dans l'organisme, y sont restés à l'état latent et ont attendu pour se développer qu'une occasion favorable se présente.

Observation 8

(Résumée, sur thèse Etienne, Nancy, 1893)

Un jeune homme âgé de 22 ans, cordonnier, sans rien de particulier dans ses antécédents, est malade depuis huit

jours. La maladie a commencé par un malaise général, indéterminé, puis il est survenu des douleurs très vives dans les genoux.

A son entrée. malade pâle, teinte bistrée : adynamie assez accentuée. Les deux articulations des genoux sont considérablement tuméfiées, très douloureuses ; l'épanchement est abondant. Tout mouvement est impossible ; rougeur au niveau du coup-de-pied droit.

Pas d'endocardite.

Sur la partie antérieure du thorax, surtout du côté droit, sur le bras et l'avant-bras droit, il existe un érythème rosé très marqué, à contour très nettement polycyclique, en forme de carte géographique.

Rien de particulier sur les autres organes.

La teinte de l'éruption s'aténue dès le lendemain ; elle s'éteignit complètement le quatrième jour après l'entrée du malade.

Dans les jours suivants, on note une atrophie considérable des muscles et des membres inférieurs.

L'amélioration se fit graduellement ; la résolution de l'épanchement se produisit assez rapidement, mais la réparation de l'atrophie musculaire ne se fit que très lentement, et le malade ne put quitter l'hôpital qu'au bout de deux mois.

Recherches bactériologiques. Un peu de sang recueilli avec les précautions d'usage, sert à ensemer un tube d'agar.

Le surlendemain, il existe trois colonnes de couleur jaune d'or et six taches blanches.

Ce sont des cultures pures de staphylocoque doré et blanc.

Observation 9

(Personnelle)

- Rhumatisme infectieux. — Absès à répétition

M. X..., 28 ans. Bons antécédents héréditaires et personnels.

Il y a 2 ans, phlegmon sous-maxillaire, très grave. Le médecin qui l'incisa par simple ponction au bistouri, ayant coupé des vaisseaux importants, il se forma un anévrysme diffus de la joue, du cou et de la région sous-maxillaire. Hémorrhagie buccale par décollement de la muqueuse gingivale. Avec beaucoup de peine M. Isch-Wall, appelé, fit la ligature des bouts des artères coupées.

Le coup de bistouri du médecin avait été si malheureux que le nerf grand hypoglosse était coupé en même temps que les artères faciale et linguale.

L'hématome vidé, la plaie suppura pendant longtemps.

Le soir 8 avril 1898, frisson violent avec 40° de temp.

Le 9. — Tout est normal, mais le malade conserve un malaise, un énervement continu jusqu'au 14. Nouveau frisson. Température 40°. Signes d'embarras gastrique. Fièvre continue pendant 3 jours.

Le 17. — Au soir, apyrexie complète mais pouls 110 pulsations.

Le 18. — Matin température 38°2. La température reste oscillante entre 33°2 et 39°3 pendant les 3 jours suivants.

Le 22. — Apyrexie. Mais toujours symptômes d'embarras gastrique. Enervement, inquiétude du malade. Pouls 110 avec des intermittences.

Le 23. — L'énervement du malade augmente, l'état générale devient plus mauvais. La température est à 39°1. Les articulations du coude et du genou qui les jours précédents étaient un peu douloureuses, deviennent rouges, tuméfiées, très sensibles, et rendent au malade tout mouvement impossible. Les Docteurs Matanragas et Landrieux pensent à du pseudo-rhumatisme infectieux, et établissent un traitement pour cela.

Le 5 mai. — Le 5 mai M. le Docteur Isch-Wall découvre avec M. Matangaras, des abcès au coude et au genou malades. Les articulations sont devenues presque indolentes. Le diagnostic de pyohémie est porté.

Du 23 avril au 5 mai, la température a toujours oscillé entre 38° et 39°2.

Le 7 mai. — Abcès venus sans réaction, sans douleur, sur la face externe de la jambe droite, et au périnée.

L'examen du pus fait par M. Marmorck, y fait découvrir des streptocoques et des staphylocoques.

L'état général est toujours mauvais. Toujours symptômes gastriques, avec anorexie, abattement et avec surtout énervement particulier.

Le 8 mai. — Consultation avec M. Marmorek qui conseille des injections de son sérum.

On fait 6 injections pendant 6 jours consécutifs 20 cc. les 3 premiers et 10 cc. les trois derniers.

Le 9. — Sédation, après première injection, suivie d'insomnie, d'endolorissement général. Temp. 38° à 39°.

Le 10. — Amélioration de l'état général. Temp. 38°1.

Le 15. — Nouvelle poussée de fièvre, avec 39°8. Formation de deux abcès énormes sur la cuisse gauche. Pendant les dix jours suivants, les phénomènes généraux s'aggravent, la fièvre devient plus intense. Insomnie, délire, abattement profond. La température reste assez élevée dans les environs de 39°.

Le 25. — Une nouvelle série de 6 injections de 10 cc. par jour de sérum de Marmoreck est commencée.

On examine le pus avant et on y trouve toujours du streptocoque et du staphylocoque.

Le 30. — Formation de nouveaux abcès aux épaules droite et gauche. Mais plus de streptocoque dans leur pus.

Le 10 juin. Guérison des derniers abcès. Les abcès incisés et vidés au fur et à mesure de leur apparition, ont toujours guéri avec une grande facilité.

Apparition de cystite. Tout à coup vers le soir, le malade se plaint de douleurs dans l'hypogastre, s'irradiant sur les jambes avec des mictions fréquentes et douloureuses.

Le 13 juin. Il est impossible au malade de garder une goutte d'urine, des mictions se suivent sans relâche, atrocement douloureuses et du ténesme vésical constant ne lui laissant pas un moment de repos.

Le 15 juin. Pus abondant dans les urines. Abcès de la vessie ou des tissus environnants s'est vidé.

On n'a pas pu diagnostiquer le point où cet abcès s'est développé.

Le 17 juin. Cystite tout à fait guérie.

Le 20 juin. Nouvel abcès à la cuisse gauche qui s'est résorbé tout seul.

Depuis, le malade revient peu à peu à la santé. Le

25 juin toutefois, une lymphagite se forme à la cuisse gauche qui se terminè par la résolution.

L'état général s'améliore. L'appétit revient. Le malade part aux bains de mer le 31 juin 1898.

Remarques. — On n'a pas trouvé de porte d'entrée et nous croyons que cette pyohémie est due à des microbes restés latents dans l'organisme depuis environ deux ans. Ils y auraient pénétré lors du phlegmon sous-maxillaire.



Traitement

Le traitement de la pyohémie cryptogénétique comprend plusieurs parties :

1° Comme dans toutes les infections graves il faut user des toniques, pour soutenir l'organisme, on administrera donc : du quinquina, alcool, vin, etc... Nous conseillons dans ce cas les injections de serum artificiel, au besoin des lavages de sang.

2° On fera la médication des symptômes : quinine, bain antipyrine pour combattre l'hyperthermie, caféine, acide salicylique, etc., suivant les indications.

3° Ouverture rapide des abcès au fur et à mesure de leur formation.

4° Si la pyohémie est due au streptocoque tenter injection du sérum de Marmoreck.

5° Le changement d'air dans cas de forme chronique peut avoir une action bienfaisante.



CONCLUSIONS

1° A côté des pyohémies chirurgicale et obstétricale, existe une pyohémie sans porte d'entrée connue, et qu'avec Leube et Denig nous nommerons pyohémie cryptogénétique.

2° Cette porte d'entrée peut être soit une lésion insignifiante de la peau et des muqueuse passée inaperçue, soit, suivant quelques auteurs, la peau et les muqueuses saines.

Les microbes pathogènes peuvent avoir pénétré antérieurement dans l'organisme, à la faveur d'une plaie, d'une suppuration ou même d'une maladie infectieuse, et y vivre à l'état latent. Ils évoluent à un moment-donné, recouvrent leur virulence dans des conditions qui nous sont méconnues.

3° La maladie se reconnaît à l'absolue impossibilité de trouver une porte d'entrée chez un malade faisant des abcès avec des phénomènes généraux plus ou moins graves.

4° Dans le cas de localisation sous-cutanée, que nous étudions spécialement, les abcès sont caracté-

risés par leur évolution, presque toujours indolore, aboutissant rapidement à une collection qu'on prendrait pour un accès froid si l'on en ignorait la marche et si les symptômes généraux n'en étaient pas aussi sérieux.

5° L'abcès ouvert et vidé guérit très rapidement.

6° Les symptômes généraux peuvent simuler la grippe, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde, le rhumatisme infectieux.

7° Le pronostic est favorable, s'il ne survient pas d'abcès viscéraux (foie, rate, etc.), ou de complications telles que l'endocardite, la myocardite, etc.

8° Nous accordons une influence heureuse au sérum de Marmorek, dans le cas d'infection streptococcique.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Delpech. — Maladies réputées chirurgicales. Paris, 1816, t. I, p. 69.

Rennes. — Arch. gén. méd., 1833, t. I, p. 536.

Duplay. — Arch. gén. méd., 1833, t. I, p. 373.

Milcent. — Observ. sur la diathèse purulente. Journal de chirurgie, 1845, p. 299.

J.-S. Mathieu. — De la diathèse purulente spontanée. Thèse Paris, 1849, n° 168.

Valleix. — Théorie de la diathèse purulente dans rhumatisme. Société méd. des Hôp., 12 février 1851.

Winderlich. — Arch. gén. phys., 1857. Nouvelle série., t. I, p. 89. Uber spontane und primare Pyämie.

Wood. — Cas de Pyohémie survenu chez les alcooliques sous la seule influence du froid. (A treatise on the practice of med. Philadelphie. Vol. II, p. 256, 1858).

Guyot. — De la terminaison du rhumatisme articulaire aigu, par suppuration, 1864, p. 396.

La Chapelle. — Influence du froid sur le développement de la pyohémie sans plaie (2^e cas). Thèse Paris, 1869.

Domec. — De l'infection purulente sans plaies exposées. Thèse Paris, 1877, n° 118.

A. Laurent. — Abscess multiples et spontanés. Thèse Paris, 1879.

Bourey. — Des déterminations articul. des manif. infectieuses. Pseudo-rhumatisme infectieux. Thèse Paris, 1883.

Lapersonne. — Arthrites infect. non tuberculeuses. Thèse d'agrég., 1888.

Broca. — Abscess multiples de cause inconnue. Progrès méd., 1884, p. 126.

Jaccoud. — Endocardite infectieuse. Union médicale, 1889, 26 février.

Siredey. — Endocardite infectieuse. Revue gén., Gaz. des Hôp., 1889.

Haushalter et Frœhlich. — Un cas d'ostéomyélite avec infection générale par le Saint-Aureus. Rev. méd. de l'Est, 1890.

Courmond et Jaboulay. — Sur les microbes d'ostéomyélite d'origine infectieuse. Société de biologie, 1890.

Jaccoud. — Deux cas de septicémie spontanée à staphylocoque (pustules de Colles). Thèse Paris, 1891-92.

Pradel. — Contribution à l'étude des pyohémies médicales. Thèse Paris, 1891.

Dennig. — Über Septische. Erkrankungen mit besonderer berucksichtigung der kryptogenetischen septicopyhœmie. Lepsig, 1891.

Paulides. — Contribution à l'étude de l'infection purulente (pustules de Colles). Thèse Paris, 1891-92.

Delpuech. — Pylonéphrite primitive à staphylocoque. Soc. méd. des Hôp., 1892.

Etienne. — Les Pyosepticémies médicales. Thèse Nancy, 1892-93.

Romero. — Storia di un caso di pioemia cosiddetta spontanea. Rivista veneta delle scienze medicale. 1892, p. 549-558.

Mirovitch. — Des diverses formes de l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse, chez l'homme, au point de vue étiologique. Thèse Paris, 1892.

Lannelongue et Achard. — Présence du staphylocoque

citreus dans un ancien foyer d'ostéomyélite. Arch. de méd. expér. 1892, janvier, p. 189.

Raymond et Netter. — Un cas de pseudo-rumatisme infectieux à streptocoques. Société méd. des Hôp., 1892.

Perascodolo. — Riforma medica, 14 sept. 1895.

Villemin. — De l'infection purulente. Médecine moderne, 14 août 1897.

Hayem. — Dict. encycl. des Sciences médicales, 2^e série, t. X, p. 737.

